

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Feeding and Eating disorder

*Martha Carolina Berny Hernández^a, Denice Rodríguez López^b,
Jesús Cisneros-Herrera^c y Gelacio Guzmán-Díaz^d.*

Abstract:

This paper present a review about Feeding and Eating Disorders, first defining them, and the describing the different types of these disorders, as well as their causes and consequences. At last, two different explanations, psychoanalytic and cognitive-behavioural, are presented. Feeding and Eating Disorders are psychiatric in nature, and they affect frequently to adolescent girls and young women. They are characterized by a lack of control in feeding, eating and weight, which causes physical, psychological and social alteratiions. These disorders are considered a public health problem.

Keywords:

Feeding and Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Binge

Resumen:

En el siguiente escrito se presenta una revisión acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), comenzando por la definición, siguiendo por los diversos tipos de TCA, así como las causas y consecuencias de estos trastornos, para finalizar con las propuestas desde algunas perspectivas psicológicas. Los TCA son patologías de carácter psiquiátrico que afectan con frecuencia a adolescentes y mujeres jóvenes. Existe un descontrol en la alimentación y el peso, provocando alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Se considera que estos trastornos son un problema de salud pública¹.

Palabras Clave:

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia, Bulimia, Atracón

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades multicausales del ámbito psiquiátrico, las cuales se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la ingesta de comida, así como la imagen corporal; y muchas veces llevan a quienes las padecen a afectar su salud debido a la intensa búsqueda por bajar de peso².

Los TCA se pueden presentar cuando una persona no ingiere en los alimentos la suficiente cantidad de calorías

que su organismo requiere para funcionar adecuadamente de acuerdo con su edad, estatura y ritmo de vida³.

Es durante la adolescencia donde mayormente se encuentran los TCA y pueden deberse a la insatisfacción corporal así como la influencia del contexto social; a su vez los TCA aquejan más comúnmente a las mujeres⁴.

La información teórica, en el área de la psicología y la psiquiatría, de los TCA tuvo un auge durante la década de 1960, tiempo en el cual la atención se concentró en la familia como un factor de riesgo de la anorexia nerviosa. Más tarde, desde un enfoque biológico, la atención se centró en las variaciones neuroendocrinas y genéticas. En

a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Atotonilco de Tula, <https://orcid.org/0000-0003-2278-9340>, Email: carolinaberny27@gmail.com

b Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Atotonilco de, <https://orcid.org/0000-0002-9595-9673> Tula Email: denicerolo@gmail.com

c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Atotonilco de Tula, <https://orcid.org/0000-0003-1370-8086>, Email: jesus_cisneros@uaeh.edu.mx

d Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Escuela Superior de Atotonilco de Tula, <https://orcid.org/0000-0003-4869-8658>, Email: gelacio_guzman@uaeh.edu.mx

la actualidad, algunas teorías psicológicas, como el psicoanálisis por ejemplo, proponen que la estabilidad del Yo y su organización tienen una gran influencia en la aparición de este tipo de desórdenes⁵.

Anteriormente se creía que los TCA se presentaban únicamente en mujeres jóvenes de clase alta o en países muy desarrollados, sin embargo, las investigaciones han demostrado que existen casos en varones y en países de condiciones económicas más precarias⁶. Los TCA son considerados un problema de salud pública dada la frecuencia con la que se presentan, la gravedad de los síntomas, las resistencias que los pacientes presentan en el tratamiento y porque la enfermedad aparece en edades cada vez más tempranas, además de presentarse en edades adultas⁷.

Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA se presentan de diversas maneras, sin embargo, entre los más comunes se encuentra la anorexia y la bulimia. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002)⁸ los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Mientras que en la versión más reciente DSM-V, 2013)⁹ se cambió el nombre de la categoría por "Trastornos Alimenticios y de la Ingestión de Alimentos", ahora dividido en Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo y tipo atracones, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, otro Trastornos Alimentarios o de la Ingestión especificado y No Especificado.

Anorexia Nerviosa

El origen etimológico de la palabra anorexia proviene del griego $\acute{\alpha}$ -, $\acute{\alpha}$ v- (a-, an-, privativo) y $\acute{\omicron}$ ρ $\acute{\epsilon}$ ξ ι ς (orexis =deseo, apetito), de $\acute{\omicron}$ ρ ϵ γ $\acute{\omicron}$ μ α ι (desear), es decir, "pérdida del apetito". Sin embargo, esta definición no es suficiente para describir el trastorno, dado que también hay que considerar el motivo por el cual los individuos con anorexia se niegan a comer, es decir, su deseo por conseguir la delgadez y la sensación de hambre que está presente todo el tiempo.

De acuerdo con el DSM-V (2015)⁹ la anorexia nerviosa es considerada como un trastorno de carácter específico en el cual existe un miedo irracional a ganar peso, además de una distorsión de la imagen corporal y, en el caso de las mujeres, la aparición de amenorrea. En la anorexia nerviosa la sintomatología más común se caracteriza por el deseo de perder peso y el miedo a subir de peso. Formas de lograr este objetivo por parte de quienes padecen anorexia es la restricción excesiva de la comida, el

ejercicio físico y las conductas purgativas, así como el consumo de medicamentos adelgazantes.

La anorexia es un trastorno alimenticio en el que existe una significativa pérdida de peso de la persona que lo padece, en quien el temor a aumentar de peso está muy presente. Además, existe una distorsión de la imagen corporal, es decir, la persona se ve a sí misma "gorda", a pesar de que su cuerpo y su peso esté por debajo de lo ideal para su salud. Esta distorsión provoca una pérdida de peso, pues la persona practica de ayunos o restringe la ingesta calórica¹⁰.

La anorexia nerviosa se puede definir como un trastorno mental cuya característica principal es el miedo irracional de subir de peso, por lo que las personas que lo padecen realizan conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el uso de laxantes y la poca o nula ingesta de alimentos, con el fin de no aumentar su índice de masa corporal. Del mismo modo, los pacientes con esta enfermedad mental presentan una distorsión cognitiva, la cual mantiene y aumenta el uso de dichas conductas compensatorias, las cuales podrían llevar al sujeto a la muerte.

Históricamente, se estima que los primeros indicios de esta enfermedad se encontraron en la Edad Media. En aquella época, la anorexia se encontraba en una clasificación de trastornos llamados "Enfermedad Misteriosa". Más tarde, durante el siglo XIX algunos médicos y psiquiatras comenzaron a hacer estudios sobre la llamada "anorexia nerviosa", quienes empezaron a denominarla como enfermedad de origen mental¹¹.

Actualmente, la anorexia nerviosa ha tenido aumento en cuanto al número de casos detectado en todo el mundo, esto puede ser debido a que la apariencia física es la presentación del individuo ante la sociedad. Este hecho ha generado diversas reflexiones teóricas acerca de la búsqueda incesante de delgadez en la cultura occidental. Algunas de ellas, usando al género como la justificación, afirman que las mujeres buscan en mayor medida una figura esbelta¹².

Como se mencionó anteriormente, los TCA no son exclusivos de las mujeres se presentan con mayor frecuencia en ellas. En particular, aparecen entre adolescentes de género femenino, que pasan por la transición de dejar de ser una niña y convertirse en una mujer. En esa etapa, ellas deben adaptarse a nuevos estereotipos sociales para ser consideradas "completas" y ser felices, siguiendo los ideales consumistas que la cultura impone. Desde la perspectiva del psicoanálisis, este dilema insta al individuo a explorar con mayor complejidad las vicisitudes entre su necesidad, su demanda y su deseo¹³.

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria en el que una persona presenta episodios de ingesta exagerada de alimentos en periodos cortos de tiempo, seguido por una acción inmediata de eliminar todas las calorías que se ingirieron mediante el uso de laxantes y diuréticos, así como la autoinducción al vómito. La persona experimenta una sensación de completa pérdida de control sobre este conjunto de acciones¹⁴.

En la bulimia nerviosa se encuentran síntomas psicológicos tales como pérdida de autocontrol, tendencia a ser impulsivas (conducta que provoca los atracones), cambios drásticos de humor, baja autoestima, cuadros depresivos, cleptomanía, ansiedad, así como desvalorización y una fuerte distorsión cognitiva en cuanto a su aspecto físico¹⁵. La bulimia nerviosa es un padecimiento que crea un deterioro en la vida cotidiana del individuo puesto que limita su funcionamiento físico y psicológico como consecuencia de los síntomas que acompañan al trastorno.

La bulimia se manifiesta comúnmente en la adolescencia, igual que en la anorexia, en la cual se presenta una búsqueda por la pertenencia a grupos sociales, por lo que la aprobación de los demás juega un papel fundamental en la autovaloración. La bulimia nerviosa es un problema de salud pública que afecta a una gran cantidad de personas. Este problema se considera hasta cierto punto "contagioso" ya que las personas que padecen este tipo de trastornos perpetúan sus síntomas gracias a la llamada cultura de la delgadez que provee a la sociedad en general modelos a seguir que se vuelven un ideal para la mayoría y que provocan esta intensa lucha por lograr este ideal.

Los pacientes que padecen bulimia nerviosa presentan diversos síntomas físicos debido a los vómitos como taquicardias, aceleración del ritmo cardíaco, dolor de garganta y caries dental. También puede existir ausencia de la menstruación y problemas gastrointestinales como consecuencia de los atracones, los vómitos y el uso de laxantes o diuréticos, así como también pérdida de potasio y deshidratación¹⁶.

Trastorno por atracón

Se denomina trastorno por atracón a la ingesta descontrolada de alimentos, sin presentar una conducta para eliminar la carga calórica que se ingirió durante el episodio de atracón¹⁷. El trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de atracones al menos una vez a la semana durante tres meses. También se experimenta descontrol y molestia en la ingesta, sin embargo, no se presentan conductas compensatorias como vomitar, excesivo ejercicio físico o uso de laxantes¹⁸. Fairburn (1998)¹⁹ menciona algunos indicadores para identificar un trastorno por atracón, entre los cuales se encuentran las sensaciones de placer y de disfrute por los sabores de la comida que al poco tiempo se convierten en

malestar e incluso repugnancia. Sin embargo, la persona no deja de comer. Otro de los indicadores es la velocidad de la ingesta, caracterizada por ser mucho más rápida de lo normal. Asimismo, existe bastante consumo de líquidos para poder tragar la comida más rápido. Finalmente, otra característica del trastorno por atracón es que las personas pueden comer de forma compulsiva sin masticar y mostrando cierta desesperación.

Entre los criterios de diagnóstico del trastorno por atracón, se suele incluir la preocupación obsesiva por la imagen corporal y el peso. Se considera que la obesidad no es la causante única de este trastorno. Sin embargo, poco se sabe acerca de él debido a que los pacientes que lo padecen suelen ser diagnosticados con obesidad²⁰.

Es importante tomar en cuenta ciertos criterios adicionales que podrían ayudar al especialista a identificar si el paciente con obesidad padece o no trastorno por atracón. Por ejemplo, se debe tomar en cuenta el contexto durante el cual se tiene el episodio de atracón, debido a que los atracones no siempre se dan en un solo lugar. Además, no se puede considerar atracón a la acción de "picar" un poco de comida en distintos momentos del día, puesto que por lo general la comida que se ingiere durante el trastorno de atracón son dulces y alimentos con alto contenido calórico. Asimismo, los atracones suelen realizarse a escondidas, y en situaciones estresantes, la preocupación por la imagen corporal y las conductas dietéticas provocan el atracón. También se debe contemplar que los episodios de atracones se podrían producir como consecuencia de la depresión, así como un aumento grave de angustia; incluso podría relacionarse con la aparición de un trastorno límite de la personalidad²¹.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2002)⁸ esta categoría comprende a los trastornos de la conducta alimentaria que son confusos en cuanto a sus criterios. Dentro de esta categoría se incluyen aquellos cuadros que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de alguno de los TCA, ya que existe ausencia de criterios o los síntomas no se presentan en la intensidad que deberían tener para obtener un diagnóstico. También se incluyen dentro de esta categoría aquellas personas que presentan conductas purgativas o de compensación diferentes a las que se encuentran dentro de los cuadros diagnósticos de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. De la misma forma en esta categoría se pueden encontrar a los pacientes con síntomas transitorios o que presentan obsesión por otras situaciones que giran en torno al peso, como las liposucciones.

Causas de los trastornos de la conducta alimentaria

Existen múltiples causas de los TCA; estas patologías surgen de la interacción de factores psicológicos, físicos, sociales y culturales impactan en el comportamiento del individuo. En los TCA, además de que se toman en cuenta los diferentes factores causales, también se debe considerar la etapa de la adolescencia como un factor disposicional que se caracteriza por cambios biológicos, sociales y psicológicos²².

Unikel & Gómez (2004)²³ mencionan que las causas de la anorexia y la bulimia nerviosa se encuentran en la intensa interacción entre los factores que se consideran predisponentes, es decir, aquellos que favorecen el surgimiento de la enfermedad. Estos factores se clasifican en individuales, psicosociales y socioculturales. Por otro lado, están los factores precipitantes que hacen referencia a aquellos sucesos en la vida del sujeto que provocan se desencadene la enfermedad, tales como estresores externos. Finalmente, encontramos los factores perpetuadores que provocan que la enfermedad se mantenga y se vuelva crónica.

Existen algunas características psicológicas que se relacionan a los TCA: baja autoestima, dependencia, temor a la pérdida de control, sentirse solo, temer a la soledad y a ser abandonado, inseguridad y problemas de identidad⁵. Dado que es una enfermedad de índole mental, los factores psicológicos juegan un papel determinante en la aparición de los síntomas que se desarrollan a consecuencia de los TCA.

Algunas posturas psicológicas afirman que un factor psicológico importante es la denominada "ingesta emocional", es decir, la compensación por medio de los alimentos cuando existe la falta de control ante situaciones estresantes²⁴.

La baja autoestima es uno de los principales síntomas presentes en las personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, expresándose con inseguridad, falta de aprobación y de respeto hacia sí mismo. La preocupación acerca del peso y la insatisfacción por la imagen corporal constituyen los dos elementos básicos sobre los que se asienta esta baja autoestima (Moreno & Ortiz, 2009)⁷. Por lo que el mejoramiento de la autoestima en la adolescencia puede ser un factor preventivo de conductas alimentarias no saludables y también disminuir síntomas depresivos que involucren insatisfacción corporal. La autoestima puede ser un elemento para la prevención del desarrollo de los TCA, debido a que existe una gran relación entre la autoestima y aspectos emocionales. El mejoramiento de la autoestima en la adolescencia puede ser un factor preventivo de conductas alimentarias no saludables y también disminuir síntomas depresivos que involucren insatisfacción corporal²⁵.

La ansiedad es otro factor que se considera como uno de los más importantes dentro de lo relacionado al ámbito psicológico ya que es un rasgo muy común en los TCA.

La ansiedad es resultado de la preocupación intensa por la figura física, la cual provoca una fobia por el aspecto corporal y el sobrepeso real o irreal, así como una restricción grave de la alimentación. Otra posibilidad es que la ansiedad lleve a algunas personas a la ingesta excesiva de comida y a su vez a expulsar lo consumido²⁶. A este respecto, Solano y Cano²⁷ realizaron un estudio comparativo donde obtuvieron como resultado que los pacientes que padecen TCA tienen un puntaje mayor en las escalas de ansiedad con respecto a las personas que no presentaban ningún trastorno.

El contexto familiar es un factor significativo para la aparición de diferentes trastornos y en su evolución. Se ha detectado que familias de pacientes con TCA son más conflictivas, tienen poca organización y critican la conducta de los miembros con TCA²⁸. El núcleo familiar es uno de los pilares en la formación del sujeto y, por tanto, de su personalidad. La dinámica familiar negativa o dañina se convierte en una de las causas más comunes en los TCA.

Consecuencias de los Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una variedad de complicaciones que pueden producir un daño significativo en el paciente e incluso la muerte. Las consecuencias se relacionan con la disminución de la masa muscular, así como la inanición y las conductas compensatorias y son un daño a largo plazo⁵.

La anorexia nerviosa debe sus complicaciones a la mínima cantidad de peso y la desnutrición, mientras que en la bulimia son las conductas compensatorias las causantes de consecuencias para la salud de los pacientes. En cambio, en el trastorno por atracón es la obesidad la principal alteración dañina para la salud²⁹.

Entre las consecuencias físicas, se encuentran complicaciones en el aparato endocrino, urinario y reproductor, aparato esquelético, así como debilidad muscular, pérdida de aceites en la piel, uñas quebradizas, caries y encías débiles, vaciamiento gástrico e intestinal enlentecido con frecuentes episodios de dolor, estreñimiento y gases³⁰.

Las personas con TCA también pueden presentar problemas cardiovasculares, así como el deterioro del sistema inmune, disfunciones cognitivas y cerebrales, disminución del volumen cerebral, complicaciones musculoesqueléticas tales como debilidad y pérdida de fuerza, y osteoporosis².

Debido a la pérdida de peso en las mujeres que padecen TCA, se produce una disminución de la energía, la masa corporal, además de irregularidades en la menstruación. También se reduce la proteína muscular y la disminución de glucógeno y de los líquidos corporales, afectando de

forma negativa la potencia muscular, la resistencia y el rendimiento en actividades físicas³¹. Los huesos se ven afectados debido a la desnutrición y la falta de estrógenos. La gravedad de las consecuencias depende del tiempo que dure la enfermedad y de la menor medida de peso que se tenga. Cuando se presenta una duración prolongada del TCA es posible que se aumente el riesgo de sufrir fracturas³².

Tanto como en la bulimia nerviosa como en la anorexia, la conducta purgativa es una de las conductas compensatorias que los sujetos con TCA usan más comúnmente, causando caries dentales, trastornos periodontales, xerostomía, sialoadenitis, lesiones de la mucosa oral y reflujo gastroesofágico^{33, 34}.

En los TCA se pueden encontrar secuelas emocionales y psicológicas que impactan en la vida diaria del adolescente³⁵. Las consecuencias psicológicas que pueden presentarse son humor depresivo, irritabilidad, retraimiento social, ansiedad e ideas obsesivas⁵. Montero et al⁴ afirman que la ideación suicida es una de las consecuencias más relevantes en los TCA, pues aparecen en 22% de los sujetos que padecen anorexia y un 11% en pacientes con bulimia.

Los TCA son enfermedades mentales con síntomas purgativos, compensatorios y restrictivos. Las consecuencias físicas son de diversas índoles, puesto que la exposición prolongada de este tipo de conductas daña de sobremanera el cuerpo de la persona que lo padece.

Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia

La anorexia en la infancia, de acuerdo con Cambroner³⁷, puede presentarse como consecuencia de problemas alimentarios existentes desde la primera infancia, provocando retraso en el crecimiento y estados depresivos que desarrollen conflictos en el vínculo madre-hijo

De acuerdo con Díaz, Fermán, Miraco, Murawsky y Rutzstein³⁸ es poco común la detección de algún trastorno alimenticio como la anorexia y la bulimia en edades tempranas debido a que alteraciones en el comportamiento alimentario en niños no cumplen con todos los criterios diagnósticos del DSM. Por ello, algunos autores han propuesto criterios más flexibles.

Los síntomas presentes en los niños con TCA pueden llegar a pasar desapercibidos por los padres incluso por los médicos. De acuerdo a Graell, Montarroso y Barrios³⁹, el niño evoluciona progresivamente en el reconocimiento de su cuerpo y en conocer qué efecto produce la comida en su organismo. Durante la etapa escolar, el niño no tiene la capacidad de un pensamiento abstracto y un control emocional que exprese la sintomatología cognitiva característica de los TCA, por lo que a esta edad la sintomatología es más de carácter conductual y físico.

Graell, Montarroso y Barrios³⁹ describen la sintomatología que los niños con TCA pueden presentar, la cual dividen en síntomas conductuales, físicos, preocupaciones emocionales o familiares.

Conductuales: Evitar algunos alimentos o ciertas texturas en la comida, o la acumulación de comida en la boca sin poder ingerirla. Estos comportamientos deben ser corregidos para evitar la adopción de una conducta patológica.

Físicos: Los síntomas físicos más comunes son dolor abdominal o dolor al pasar los alimentos, la falta de apetito o la sensación de plenitud gástrica así como también el estreñimiento, y anomalías en el peso y la altura del desarrollo del niño.

Psicológicos/emocionales: Cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, rabietas, llantos incontrolables, pasividad o actitud omnipotente. Diversos miedos en el niño pueden incrementarse. La preocupación por el peso o la imagen corporal el niño la puede llegar verbalizar sin embargo es tan común como lo es en la adolescencia.

Familiares: Es importante considerar la forma en como los padres se comportan ante el rechazo por comer del niño. Finalmente, Bravo & Hodgson (2011)⁴⁰ consideran que en la actualidad el estilo de vida de las personas está influyendo en el comportamiento de los infantes y su relación con la comida tanto en el consumo como en el rechazo.

Trastornos de la conducta alimentaria desde diferentes perspectivas teóricas

López (citado por Sánchez, Villareal y Musitu⁴¹) menciona que para el psicoanálisis en general los desórdenes alimenticios están basados en un desorden psicopatológico, por lo que no tienen un origen propio, sino que es la manifestación de una estructura psíquica como la neurosis o psicosis.

Desde la perspectiva psicoanalítica la anorexia y la bulimia son estudiadas desde dos ejes: relación con el objeto alimentario y relación con el propio cuerpo.

Los TCA representan conflictos que provocan un comportamiento con base a modelos sociales y por otro lado la carencia de investimentos libidinales y refracción de barreras psíquicas⁴².

Por otra parte Fairbairn et al⁴³ afirman que el objetivo principal de las conductas dentro de los TCA, como el vómito, no explica una relación con los objetos, sino que es más bien el rechazo de estos, los cuales el organismo identifica como cuerpos extraños. Además, mencionan que el niño internaliza aquellos objetos que rechaza con la finalidad de tener contacto con ellos cuando no están en la realidad.

Winnicott (citado en Bravo⁴⁴) menciona que la actitud del niño hacia la madre tiene que ver con la relación con la comida. Los síntomas involucrados en la nutrición están

relacionados con otras personas, por lo que, si la relación con la madre es dañina, la ingesta también lo será.

Finalmente, desde la perspectiva psicoanalítica, y de acuerdo con López (citado por Iglesias, Mercado y Pérez⁴⁵) el modelo psicoanalítico considera a la anorexia como un síntoma resultante de un conflicto psíquico que puede representarse en diversas estructuras patológicas. En lo que respecta a la teoría cognitivo-conductual, se sugiere que en la bulimia nerviosa las personas suelen autoevaluarse con base en percepciones que tienen sobre su desempeño en diversas esferas de la vida, tales como relaciones interpersonales, de trabajo e intereses personales. Los individuos con TCA se perciben a sí mismos con base en la forma en la que se alimentan, su peso e imagen corporal, así como su capacidad para controlarlo, por lo que tienen una sobrevaloración de la importancia del aspecto físico y del control sobre ello, aspecto que es fundamental para el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria⁴⁶.

La característica fundamental para el mantenimiento del TCA es el núcleo psicopatológico que se compone por el perfeccionismo clínico, la baja autoestima nuclear, el humor intolerante y las dificultades interpersonales. Además, se plantea la posibilidad de que el mantenimiento de la enfermedad se puede ver no solo en la bulimia nerviosa, sino también en la anorexia nerviosa y los trastornos por atracón, por lo que se denomina teoría transdiagnóstica del mantenimiento de los TCA⁴⁷.

Fairburn et al. (citado por Albornoz et al.⁴⁷) proponen 4 mecanismos que mantienen la enfermedad; la primera es el perfeccionismo clínico, el cual se refiere a la autoevaluación excesiva y estricta del cumplimiento de los ideales sociales, sin dar importancia a las consecuencias negativas. El segundo es la baja autoestima nuclear que se define de esta manera porque los sujetos presentan una percepción negativa de sí mismos como parte de su personalidad, por lo que no están ligados a los logros que se obtengan para alcanzar el ideal y por ello representan un obstáculo en la mejora del paciente con TCA. El tercer mecanismo se trata del humor intolerante, es decir, la dificultad de los sujetos para manejar los cambios de ánimo, en especial los negativos, por lo que se encuentran expuestos a realizar conductas autolesivas. Por último, están las dificultades interpersonales por las que el paciente puede pasar y contribuyen al mantenimiento de la enfermedad.

Rutzstein⁴⁸ propone desde la teoría cognitivo conductual que los sesgos cognitivos con respecto al aspecto corporal y el peso son cualidades de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pues para ser diagnosticadas se necesita de la presencia de ellas. Estas distorsiones forman parte de lo que se conoce como "Núcleo patológico de los TCA".

La terapia cognitivo-conductual tiene como objetivo lograr que los pacientes se recuperen mediante la detección y modificación de los pensamientos distorsionados. Se ha logrado mostrar la eficacia de esta terapia en el tratamiento de varios de los criterios de la anorexia nerviosa, tales como la depresión, ansiedad, baja autoestima, así como obsesiones. Las distorsiones cognitivas hacia los aspectos que tengan relación con la comida o la imagen corporal son una de las causas fundamentales en la presencia de los TCA⁴⁹.

Referencias

1. Dueñas, Y., Murray, M., Rubio, B., Murjani, H. y Jiménez, A. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*, 32, 5. 2091-2097. DOI:10.3305/nh.2015.32.5.9662.
2. López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22, 1, 85-97.
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. (2004). *Guía de trastornos alimenticios*. México: Secretaría de Salud.
4. Montero, S., San Jose de León, M., Marín, J., Alonso, B., Rodríguez, N. & Bernabeu, C. (2018). Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Española de enfermería de salud mental*, 5, 5-14. DOI: <http://doi.org/10.35761/reesme.2018.5.02>
5. Aguinaga, M., Fernández, L. & Varo, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales sistema sanitario Navarra*, 23, 2, 279-292.
6. Unikel, C. & Caballero, A. (2010). *Guía Clínica para trastornos de la conducta alimentaria*. México.
7. Moreno, M. & Ortiz, G. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia psicológica*, 27, 2, 181-190.
8. American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
9. American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Author.
10. Shelley, R. (2000). *Anorexia. Guía para pacientes, familiares y terapeutas*. México: Trillas.
11. Díez, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. *Zainak*, 27, 141-147.
12. Gil, M. (2005). *Anorexia y Bulimia: Discursos médicos y discursos de mujeres diagnosticadas*. (Tesis de Doctoral). Universidad de Granada.
13. Cibeira, A. (2008). *Consideraciones sobre la anorexia desde el psicoanálisis*. Manuscrito inédito. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
14. Rava, M. & Silber, T. (2004). *Bulimia nerviosa: Historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones*. *Archivos argentinos de Pediatría*, 102, 5, 353-363.

15. Rodríguez, L., Gutiérrez, M., Vaz, F. & García, M. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Mérida, México: Printex
16. Bustamante, G. & Justo, J. (2013). Bulimia. Revista de actualización clínica Investiga, 35.
17. Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. & Medina, M. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud mental, 35, 6, 483-490.
18. Cuadro, E. & Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. Revista Mexicana de trastornos alimentarios, 6, 2, 97-107.
19. Fairbum, C. (1998). La superación de los atracones de comida. Cómo superar el control. Barcelona: Paidós.
20. Sanchez, L. & Fernandez-Valdés, R. (2002). Trastorno de atracón y obesidad. Formación continuada en nutrición y obesidad, 5, 6, 314-324.
21. Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? Revista de Endocrinología y Nutrición, 12, 4, 136-142.
22. Portela, M., Rivieiro, H., Mora, M. & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Revista de Nutrición Hospitalaria, 27, 2.
23. Unikel, C. & Gómez, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Salud Mental, 27, 1, 38-49.
24. Prado, M. (2015). Factores psicológicos que influyen en los problemas alimenticios, según los estudiantes de nutrición de cuarto año de la Universidad Rafael Landívar. (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción.
25. Asuero, R., Avargues, M., Martín, B. & Borda, M. (2012). Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. Escritos de Psicología, 5, 2, 39-45.
26. Pineda, G., Platas, S. & Velasco, V. (2017). Ansiedad como predictor del riesgo de anorexia y bulimia: Comparación entre universitarios de Baja California y Ciudad de México. Revista mexicana de trastornos alimenticios, 8, 1. DOI.org/10.1016/j.rmta.2016.10.001.
27. Solano, N. & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. Psicothema, 24, 3, 384-389.
28. Diaz, M., Navalón, A., Güemes, Rodríguez, A & Rubio L. (2015). ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Madrid: Comunicación y ediciones sanitarias.
29. Gabler, G., Olguín, P. & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los Trastornos de la conducta alimentaria. Revista Médica Clínica Las Condes, 28, 6, 893-900
30. Gómez del Barrio, J.A., Gaité Pindado, L., Gómez, E., Carral Fernández, L., Herrero Castañedo, S. & Vázquez-Barquero, J.L. (2008). Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Cantabria, España: Gobierno de Cantabria.
31. Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. Nutrición Hospitalaria, 23, 3, 183-190.
32. Rivera-Gallardo, M., Parra-Cabrera, M. & Barriguete-Meléndez, J. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. Salud pública de México, 47, 4, 308-318
33. Romero, Y., Sayago, P. & Moreno, A. (2015). Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación. Trastornos de la Conducta Alimentaria, 21, 1 2260-2276.
34. Hales, R., Yudofsky, S., & Talbott, J. (1996). Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ancora.
35. Lozano, Z. (2012). La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. Revista Científica in Crescendo, 3, 2, 299-311.
36. Negrete, A. (2014). Anorexia Infantil. UNIVA.
37. Cambroner, E. (2005). Anorexia infantil. La hipótesis etiológica. Revista Asociación Española Neuropsiquica. 94.
38. Diez, M., Elizathe, L., Fermán, A., Miraco, M., Murawsky, B & Rutzstein, G. (2010). Detección de trastornos alimentarios en niños: adaptación. Anuario de investigaciones, 17, 33-40.
39. Graell Bema, M. Villaseñor Montarrosa, A. & Faya Barrios, M. (2015). Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. del nacimiento a la adolescencia. Curso de Actualización de Pediatría. Madrid, 423-430.
40. Bravo, P. & Hodgson, M. (2011). Trastornos alimentarios del lactante y preescolar. Revista chilena pediátrica, 82, 2, 87-92.
41. Sánchez, J. C., Villarreal, M. E. & Musitu, G. (2010). Psicología y desórdenes alimenticios. Un modelo de campo psicosocial. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
42. Zukerfeld, R. (1998). Bulimias, anorexias y psicoanálisis actual. Zona Erogena, 40.
43. Fairbum, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 41, 509-528.
44. Bravo, C. (2016). Trastornos de conducta alimentaria desde la perspectiva psicoanalítica contextual. Federación psicoanalítica de América Latina. Cartagena, Colombia.
45. Iglesias, A Mercado, A & Pérez, S. (2007). Trastornos alimentarios y perversión. Revista científica electrónica de psicología, 3, 211-223.
46. Celis, A & Roca, E. (2011). Terapia Cognitivo-Conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. Acción Psicológica, 8, 1, 21-33.
47. Albormoz, D., Miranda, G. & Solano, C. (2010). Terapia Cognitivo-conductual en Bulimia nerviosa. Anales de Salud Mental, 26, 1, 67-74.
48. Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo conductual de los trastornos alimentarios. Revista Diagnóstico, 6, 11, 11-26.
49. Galsworthy-Francias, L. & Allan, S. (2016). Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. Revista de Toxicomanías, 76, 1, 25-51.